

1. Bordas Julve JM, Benavent Areu J. Polimialgia reumática. FMC. 1994;1:463-70.
2. Calvo Romero JM, Magro Ledesma D, Ramos Salado JL, Buero Dacal JC, Díaz Rodríguez E, Pérez Miranda M. Polimialgia reumática con y sin arteritis de células gigantes. Rev Esp Reumatol. 1999;4:108-13.
3. Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Nuño Mateo FJ, Morís de la Tassa J. Manifestaciones musculoesqueléticas distales en la polimialgia reumática. Rev Clin Esp. 2002;202:385-7.
4. Botella Ruiz E, Canal Casals V, Olivé Marqués A. Poliartritis edematosa del anciano o síndrome RS3PE. FMC. 2001; 2:95-8.
5. Abásolo Alcázar L, Jover Jover JA. Vasculitis de grandes arterias. Medicine. 8(32):1671-7.

Respuesta de la industria farmacéutica ante una consulta específica

Introducción. El papel informador de la industria farmacéutica está ampliamente debatido y en constante discusión. Aun así, la OMS considera que entre las responsabilidades de la industria se encuentra la de proporcionar información cabal y fidedigna sobre los productos farmacéuticos¹. En algunos estudios se han evaluado algunos soportes informativos creados por la industria, como las monografías de producto², las fichas técnicas de las especialidades o el papel de los visitantes médicos³ o su formación⁴.

Otro estudio evaluó la respuesta de la industria farmacéutica ante una demanda específica de información sobre las condiciones de conservación fuera de los embalajes originales⁵. La industria debería tener un especial cuidado ante este tipo de consultas, para garantizar la distribución de medicamentos de calidad y en perfecto estado. La conservación de especialidades en el fri-

gorífico se establece para las especialidades termolábiles. Los límites de esta cadena de frío son de 2 a 8 °C. La legislación española establece como requisito de estructura para las farmacias comunitarias la presencia de un termómetro de máxima-mínima para el control de ese intervalo. Los nuevos sistemas de control permanente de temperatura facilitan la determinación del tiempo exacto y la temperatura alcanzada cuando se producen roturas de esa cadena de frío.

Objetivo. El objetivo del presente estudio fue evaluar la respuesta de la industria farmacéutica ante una demanda de información técnica específica.

Diseño. A partir de la base de datos del BOT, preparada por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, en su versión de noviembre de 2002, se obtuvo un listado de las especialidades farmacéuticas que requieren conservación en el frigorífico.

Se solicitó la información mediante una carta estándar, enviada con acuse de recibo a cada uno de los laboratorios que comercializan esas especialidades. Se utilizó la dirección postal que figura en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de 2003. En dicha carta se requerían los límites de conservación (expresados en horas) de cada una de las especialidades de conservación en el frigorífico, a las temperaturas de 10, 15, 20, 25, 30 y 35 °C. Se consideró una respuesta suficiente si especificaba el límite (en horas) para al menos 3 de las temperaturas solicitadas.

Resultados. En noviembre de 2002 había un total de 491 especialidades farmacéuticas que debían conservarse en frigorífico, y que pertenecían a 72 laboratorios farmacéuticos diferentes.

Cinco de las 72 solicitudes fueron devueltas por correo y en 2 solicitudes más no se obtuvo el acuse de recibo. Por tanto, hubo constancia de la recepción de 65 solicitudes, que incluían un total de 461 especialidades de conservación en el frigorífico.

En 28 de esas 65 solicitudes (43,1%) se obtuvo alguna respuesta del laboratorio. Esos 28 laboratorios que respondieron comercializaban 202 especialidades de conservación en el frigorífico, el 43,5% de las cuales dejaron constancia de su recepción. El tiempo que emplearon en responder esos 28 laboratorios fue de $29,6 \pm 21,9$ días, con un margen de 4-88 días.

Sólo 18 laboratorios (27,7% de los que recibieron la solicitud) proporcionaron algún dato en horas relativo a algún límite de conservación en alguna de las temperaturas indicadas. Esos 18 laboratorios informaban sobre 94 especialidades (20,4% de las que recibieron la solicitud).

La respuesta fue satisfactoria (indicaba al menos 3 límites en horas a temperaturas diferentes) en 7 laboratorios, para un total de 62 especialidades. Esto supone una tasa de respuesta satisfactoria del 10,8% de los laboratorios y del 13,4% de las especialidades de las que hay constancia de la recepción de la solicitud.

Discusión. No cabe duda que conocer los límites de conservación de las especialidades fuera de la cadena de frío permitiría establecer de un modo más eficiente los procedimientos normalizados de su desecho cuando se rompa esa cadena de frío. Aunque no era uno de los objetivos del presente trabajo, se ha podido comprobar que los límites de tolerabilidad están muy por encima de las situaciones normales de rotura de esta cadena de frío, por lo que la práctica de desechar todas las especialidades cada vez que se produzca una rotura de cadena es completamente ineficiente por innecesaria: a 20 °C, las especialidades farmacéuticas más estrictas permitían hasta 4 días fuera de la cadena de frío.

La solicitud de información por correo ha demostrado ser un método fiable, pues las pérdidas verificadas mediante los acuses de recibo han sido muy bajas (9,7% de las enviadas). Al contrario que en otros estudios, donde se solicitaba información previamente preparada por la industria (monografías o fichas técnicas), en el presente estudio, donde se solicitaba una información concreta, la respuesta de la industria fue mucho menor. Poco más del 10% de los laboratorios respondieron a lo que se les solicitaba, proporcionando información para algo más del 13% de los productos.

Este estudio demuestra que la cantidad de información proporcionada por la industria puede ser un problema, incluso mayor que la supuesta falta de fiabilidad. Los laboratorios deberían comprender que la información sobre medicamentos tiene tanta importancia como la calidad de éstos⁶.

Conclusiones. La respuesta de la industria farmacéutica ante una consulta técnica específica puede considerarse muy baja: sólo se obtuvo una respuesta satisfactoria en el

Palabras clave: Información sobre medicamentos. Industria farmacéutica. Embalaje de medicamentos. Refrigeración.

10,8% de las solicitudes, que hacía referencia al 13,4% de las especialidades sobre las que se indagaba.

I. Vázquez Gómez^a, F. Fernández-Llimos^b y M.A. Gastelurrutia^c

^aFarmacéutica Comunitaria. Redondela. Pontevedra. España. ^bGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España.

^cGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España.

1. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos de Nairobi. Gineve: OMS; 1986.
2. Fernández-Llimos F, Loza MI. Product monographs supplied by drug manufacturers to community pharmacists in Spain. *Ann Pharmacother*. 2000;34:407.
3. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*. 1995;273:1296-8.
4. Bellido Y, Rius F, Montalbán M, Gómez A, Sánchez F. Perfil profesional y de formación de los visitadores médicos de Málaga. *Rev OFIL*. 1994;4:76-87.
5. Fajardo P, Baena MI, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Análisis de la información sobre las condiciones de conservación fuera del envase original de los medicamentos más prescritos. *Pharm Care Esp*. 2001;3:422-32.
6. Anon. Talking about drug treatments: Who should say what to whom? The second DTB symposium. *Drug Ther Bull*. 1994;32:35-7.

Circuito de recetas crónicas: algo (todavía) por explotar

Introducción. Cumplimentar recetas de tratamientos crónicos genera mucho traba-

Palabras clave: Prescripción crónica. Atención primaria. Centro de salud.

jo en las consultas de atención primaria y gastamos demasiado tiempo de nuestra vida laboral en esta tarea burocrática. El programa informático OMI-AP disminuye esta enorme carga de trabajo permitiendo la impresión automatizada y su entrega en la unidad administrativa (circuito de recetas crónicas).

Objetivo. Cuantificar el número de pacientes que se beneficia del circuito de recetas crónicas y valorar los rasgos sociosanitarios de estos pacientes, así como saber a qué enfermedades se asocian estas recetas y qué fármacos se usan habitualmente.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, de todos los pacientes a los que se les presta el servicio del circuito de recetas crónicas en nuestro centro de salud, analizando datos sociosanitarios a través de la historia informatizada.

Emplazamiento. Centro de Salud El Greco, Getafe, Madrid.

Participantes. Todos los pacientes del equipo de atención primaria (EAP) Greco I que estaban incluidos en el circuito de recetas crónicas en los 3 meses previos al estudio (marzo-mayo de 2004).

Mediciones principales. Las variables estudiadas fueron número de pacientes incluidos en el circuito, número de recetas generadas, edad, sexo y régimen sanitario de los pacientes, las enfermedades a las que están asociadas estas recetas y los principios activos usados.

Resultados. De los 10.363 pacientes pertenecientes al EAP Greco I en la fecha del estudio, 1.672 están incluidos en el circuito de recetas crónicas, lo que supone un 16,13% del total, algo superior al que se muestra en el trabajo de Alonso López et al¹. De éstos, el 54,9% son mujeres.

En los 3 meses del estudio se ha generado un total de 25.737 recetas, englobando activos y pensionistas, lo que da una media de 5,13 recetas/paciente/mes. El 67,11% de los pacientes incluidos en el circuito es pensionista, pero éstos generan el 79,2% del total de recetas.

Según la edad, el grupo etario que más pacientes con recetas crónicas tiene es el de 60-69 años (28,75%). Las tres cuartas partes de los pacientes incluidos en el circuito (76,2%) tienen 50-79 años.

Las enfermedades asociadas con más frecuencia a estas recetas son la hipertensión (códigos CIAP K86 y K87) (20,6%), seguida de la cardiopatía isquémica (K74, K75 y K76) (7,4%), la diabetes mellitus (T90) (7,4%), la hiperlipemia (T93) (5,1%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (R95) (3,1%) y la fibrilación auricular (K78) (2,8%).

El fármaco más recetado de forma crónica según principio activo es enalapril (4,8%), seguido de paracetamol (4,5%), ácido acetilsalicílico (3,9%), atenolol (2,9%), clortalidona (2,5%), la asociación de amiloride e hidroclorotiacida (2,5%), metformina (2,4%) y simvastatina (2,2%).

Discusión y conclusiones. El uso del circuito de recetas crónicas genera un volumen de trabajo alto en todo el EAP, pero supone una desburocratización importante de las consultas y disminuye el número de visitas a la consulta por ese motivo¹. Además de ser beneficioso para el personal sanitario, es un servicio más que se le ofrece al usuario del sistema de salud que le permite recoger «su medicación de siempre» en la unidad administrativa, sin necesidad de solicitud de cita previa y, en ocasiones, de esperar la demora de nuestras consultas. El funcionamiento de este circuito requiere una buena coordinación de todo el EAP y de los usuarios.

E. Montano Navarro, J.L. Quintana Gómez y M. Rodríguez Ortega
Centro de Salud El Greco. Getafe. Madrid. España.

1. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, et al. La informatización de atención primaria. Documentos semFYC 13;87-8.